

DE
L'URÉTHROSTOMIE
PÉRINÉALE

CRÉATION MÉTHODIQUE D'UN MÉAT CONTRE NATURE AU PÉRINÉE

Opération du Professeur A. PONCET

*En chirurgie, le mieux est souvent
l'ennemi du bien.*

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Samedi 8 Juillet 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L.-PH. COIGNET

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE LYON

Né à Lyon, le 31 octobre 1866.



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

3, Rue Sainte-Catherine, 3

Juillet 1893

DE
L'URÉTHROSTOMIE
PÉRINÉALE

CRÉATION MÉTHODIQUE D'UN MÉAT CONTRE NATURE AU PÉRINÉE

Opération du Professeur A. PONCET

*En chirurgie, le mieux est souvent
l'ennemi du bien.*

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Samedi 8 Juillet 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L.-PH. COIGNET

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE LYON

Né à Lyon, le 31 octobre 1866.



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

3, Rue Sainte-Catherine, 3

Juillet 1893

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINÉ.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophthalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	BERNE.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale.	X.
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	ROLLET.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR	MM. DEROIDE	MM. JABOULAY	MM. POLLOSSON	MM. ROQUE
BEAUVISAGE	DEVIC	LANNOIS	ROCHET	ROUX
CONDAMIN	DIDELOT	LINOSSIER	RODET	VIALLETON
COURMONT	GANGOLPHE	PERRET	ROLLET Etienne	WEILL

M. BOUVEAULT, chargé des fonctions d'Agrégé.

M. ETIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, président; M. AUGAGNEUR, assesseur; MM. ROCHET et ROLLET (Etienne), agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

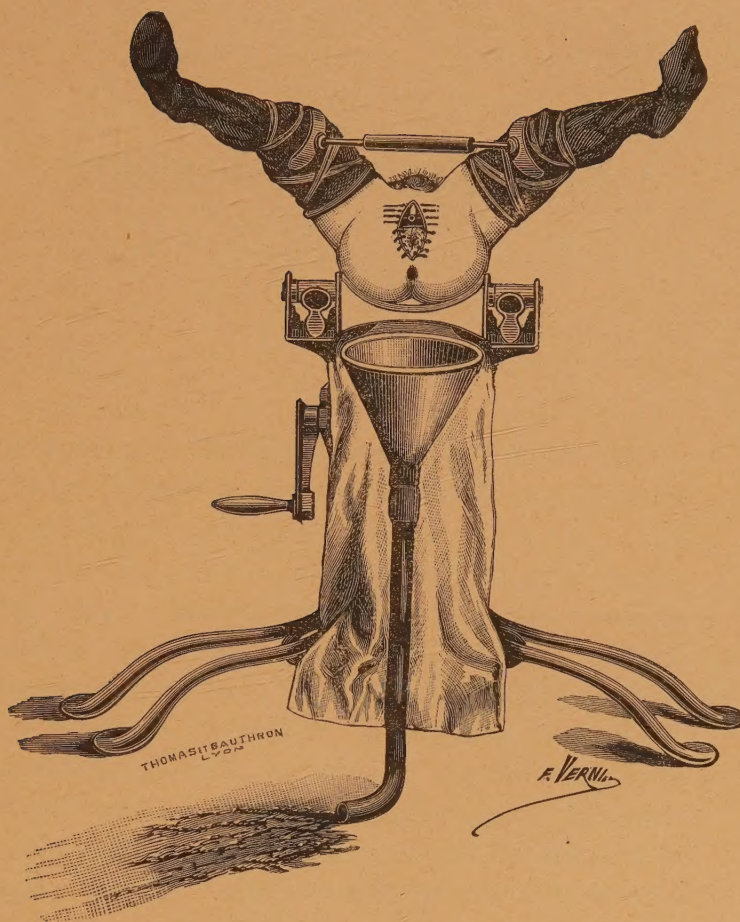


FIG 1.

POSITION DE L'OPÉRÉ SUR LE LIT TRENDELENBURG

(Le canal est sectionné perpendiculairement
on passe les fils de suture)

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Aux congrès de chirurgie de 1892 et de 1893, M. le professeur A. Poncet a décrit une nouvelle opération qu'il avait pratiquée plusieurs fois et qui a pour but la création, au périnée, d'un méat contre nature dans certaines variétés de rétrécissements de l'urèthre. Au premier congrès de 1892, il s'exprimait en ces termes : « Je désigne, sous le nom d'*uréthrostomie périnéale*, la création d'un méat urinaire au périnée, en arrière des bourses, chez certains malades dont l'état pathologique du canal ne me paraît plus justiciable, soit de l'uréthrotomie interne, soit de l'uréthrotomie externe, soit encore de l'uréthrectomie. Cette opération me paraît indiquée chez des vieillards porteurs d'anciens rétrécissements, atteints de lésions ascendantes plus ou moins graves, chez des rétrécis déjà uréthrotomisés, une ou plusieurs fois ayant de vieilles fistules et chez lesquels la reconstitution du canal *ad integrum* non seulement est difficile, mais surtout dangereuse. Je suis convaincu que chez une certaine catégorie de

malades, que l'on ne voit guère que dans les hôpitaux, en voulant à tout prix *reconstituer la fonction normale, on sacrifie souvent le fonctionnaire.* »

Déjà à cette époque il avait pratiqué, suivant sa méthode, cinq uréthrostomies périnéales et les résultats avaient été des plus satisfaisants.

Au congrès de 1893, il précisait les indications de son opération et apportait à l'appui de ce nouveau mode de traitement des rétrécissements de l'urèthre, des observations non moins démonstratives par leur nombre que par leur ancienneté ; en même temps qu'il insistait sur les indications de l'uréthrostomie, il en montrait les résultats éloignés. M. le professeur Poncet, dont nous avons été à deux reprises l'élève, et chez qui nous avons terminé notre internat, a bien voulu nous confier ce sujet pour notre thèse inaugurale ; nous l'en remercions vivement ainsi que de son enseignement dont nous avons si souvent profité dans son service.

Nous venons de quitter notre cher maître, le docteur Levrat, chirurgien-major de la Charité, dont nous avons pu maintes fois apprécier l'ineffable bonté ; nous en garderons toujours le précieux souvenir.

Nous adressons nos plus respectueux hommages à M. le docteur Aubert, chirurgien-major de l'Antiquaille, dont nous avons été l'interne et qui a bien voulu nous honorer de son amitié.

M. le professeur Renaut a été notre maître à l'hospice du Perron. Nous avons trouvé auprès de lui un accueil bienveillant ; nous en sommes très

reconnaissant et le prions de recevoir toute notre gratitude.

Que M. le docteur Garel, qui a guidé nos premiers pas dans l'internat et nous a initié à la science laryngologique, veuille croire à notre dévouement.

Nous remercions également les docteurs Mollière, Drivon, Vinay, MM. Pollosson et Vincent, qui ont été nos maîtres dans les hôpitaux.

DE

L'URÉTHROSTOMIE

PÉRINÉALE

La disposition, la forme, l'étendue surtout du canal de l'urètre, n'ont pas pour but uniquement la fonction urinaire, et l'expulsion de l'urine hors de la vessie ne demandait pas un conduit d'une aussi grande longueur, s'il ne s'y joignait, chez l'homme, une fonction connexe, la copulation. L'urèthre si court de la femme n'en remplit pas moins bien son usage ; et nous verrons qu'au point de vue, fonction urinaire seule, dans l'opération que nous proposons et qui transforme l'urèthre de l'homme en urèthre de femme, ce conduit conserve son rôle protecteur tout aussi utile, tout aussi efficace qu'auparavant, rendant les mêmes services pour l'expulsion du contenu vésical.

La longueur du conduit uréthral accorde à l'homme le triste privilège des rétrécissements et de tout le cortège symptomatique des lésions urinaires qui

l'accompagnent ; la femme, par la brièveté de son canal, est à l'abri des maladies de la vessie et des voies urinaires en général ; mais ce bénéfice n'est-il pas largement compensé dans la balance des douleurs, par la fréquence des maladies de l'utérus et des annexes ?

Nous n'avons pas à faire l'histoire des rétrécissements de l'urèthre, ni à discuter le choix de la méthode à suivre dans leur traitement en général, l'opération que nous proposons ne s'appliquant qu'à certains malades dans des cas particuliers.

Nous rappellerons la rapide apparition du rétrécissement de la rupture uréthrale avec son énorme étendue de tissus cicatriciels, et, au contraire, la longue échéance du rétrécissement inflammatoire. Quoi qu'il en soit, l'avenir qui attend tout rétréci, à plus ou moins brève échéance, dépend d'une multitude de causes : âge du malade, traitement régulièrement suivi, etc., etc., mais surtout du bon fonctionnement, de l'intégrité du muscle vésical, comme ne cesse de le répéter dans ses leçons M. le professeur Guyon, et notre maître, et le pronostic d'un rétréci jeune et d'un rétréci artéro-scléreux sont bien différents.

En clinique, c'est la stagnation de l'urine septique dans la vessie, la mise en tension de ce réservoir qui favorise l'ascension microbienne jusqu'au rein. Les urétéres et les reins sont envahis au cours de la cystite infectieuse quand on produit une rétention prolongée d'urine. De l'évacuation régulière et répétée de la vessie dépend avant tout le sort du

rein qui domine surtout le pronostic de l'état urinaire, que cette évacuation s'accomplisse physiologiquement ou qu'elle soit artificielle.

Le rôle défensif de la vessie peut se caractériser en disant qu'elle est la gardienne des urètères. L'importance et la gravité de l'envahissement du rein sont considérables, car si la suppuration vésicale peut être tolérée sans retentissement, la néphrite infectieuse s'accompagne toujours de troubles sérieux de la santé générale.

Dilatation, divulsion, uréthrotomies, électrolyse, uréthrectomie, uréthroplastie, sont les moyens de refaire un urèthre rétréci.

La dilatation est la méthode générale et les chirurgiens en font le complément nécessaire des autres interventions dont elle maintient l'effet opératoire. Les cas où elle est employée seule, sont restreints et n'ont rien à faire avec ceux à qui nous proposons l'uréthrostomie.

La divulsion est encore grave. M. le Dentu, en 1886, sur vingt-six cas a eu deux morts.

L'électrolyse est suivie de récidives fréquentes, comme le dit Lavaux dans une statistique de malades opérés à l'ancienne clinique de Mallez. Du 19 octobre 1880 au 12 mars 1882, il a été fait trente-cinq électrolyses linéaires et chez tous il y a eu récidive.

L'uréthrotomie interne. — Elle donne dans la thèse de Grégory (de Bordeaux), une statistique de quarante-quatre opérés, dont huit succombèrent. M. Guyon, sur quatre cent cinquante-neuf opérés, a eu vingt morts.

Enfin, sur vingt-cinq malades, M. le Dentu a eu deux morts et un troisième des accidents septiques graves.

M. Poncet rejette l'uréthrotomie interne qui, du reste, pour la plupart des chirurgiens, n'a des indications que dans un certain nombre de cas, parce qu'il s'agit d'une opération essentiellement cavitare, ou, si l'on aime mieux, canaliculaire, occupant dans tous les cas la profondeur des tissus et dans laquelle on ne peut savoir exactement ce que l'on fait. Incertaine, aveugle, elle pouvait encore avant l'ère antiseptique être mise en parallèle avec l'uréthrotomie externe qui n'exposait pas dans la même proportion à certains accidents d'empoisonnement urinaire, mais qui n'en ouvrait pas moins la porte à des complications, érysipèle, pyohémie.

Aujourd'hui, nous sommes en droit de demander à une intervention chirurgicale, de donner toutes choses égales, comme état général du sujet, une sécurité complète, et c'est précisément là l'avantage de l'uréthrotomie externe qui ne laisse pas d'inconnu dans sa technique opératoire et qui réduit dans une proportion aussi faible, nous dirions aussi absolue que possible, les chances d'infection.

Il n'en est pas de même avec l'uréthrotomie interne, pratiquée dans un canal dont l'asepsie ne saurait être considérée souvent comme suffisante et alors qu'une sonde à demeure est nécessaire, qu'une urine parfois infectieuse est en contact avec les plaies profondes, etc.

Cette chirurgie des rétrécissements des conduits

naturels, avec laquelle on passe un instrument tranchant pour sectionner des parties rétrécies, une sorte de sabre, comme on l'a dit, non sans raison, et dont le maniement ne saurait être sans danger, qu'il s'agisse de l'urèthre, de l'œsophage, du rectum, est une chirurgie qui, pour nous, paraît avoir fait son temps. Elle est d'autant plus redoutable, qu'elle est d'une exécution plus facile, que souvent elle est pratiquée par des mains peu exercées et alors que le traumatisme opératoire est dissimulé, non seulement pour le malade, mais aussi pour l'opérateur. Quelle que soit la méthode employée pour la cure d'un rétrécissement urétral, surtout si le rétrécissement est d'origine traumatique, s'il est étendu etc., la striction tend fatalement à se reproduire et de tels opérés, comme l'observation clinique l'enseigne, restent dans la nécessité de se préoccuper de leur canal et de recourir de temps à autre à la dilatation.

Ce n'est qu'à ce prix que peut être obtenue l'intégrité des voies urinaires.

Toutes les opérations applicables jusqu'à ce jour aux rétrécis, uréthrotomies internes, externes, uréthrectomie, ont donné des résultats. Il n'en est pas moins vrai que, parfois, ces résultats sont de peu de durée, que ces opérations ne mettent pas à l'abri d'accidents urinaires ultérieurs, et c'est précisément à cette catégorie d'urinaires rétrécis que s'adresse l'uréthrotomie perinéale que nous préconisons.

INDICATIONS

On a dit souvent, en chirurgie, que l'abondance des procédés opératoires est une preuve de leur inefficacité. Dans l'histoire thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre, les nombreux moyens chirurgicaux qui ont chacun leur défenseur, prouvent qu'aucun ne guérit fidèlement et sûrement ; le reproche le plus grave qu'on leur fait à tous, c'est la récurrence, c'est-à-dire le retour possible des accidents infectieux ascendants qui emmènent si promptement les malades. Faut-il donc, de nouveau, uréthrotomiser indéfiniment des malades qui ont subi plusieurs opérations, pour avoir la satisfaction de leur donner quelques centimètres de plus de canal, et les exposer, par ce fait, à des accidents graves ? Faut-il essayer de refaire un urèthre, détruit sur une grande étendue, alors qu'on peut prédire la ou les récurrences d'une façon sûre, avec les uréthrotomies qui peuvent être efficaces dans les cas de gravité moyenne, chez un individu soigneux et qui a souci

de surveiller le calibre de son canal ? Nous ne le croyons pas, et il est toute une catégorie de cas où nous proposons l'uréthrostomie faite pour la première fois par notre maître, le professeur Poncet, et à laquelle nous croyons juste de donner son nom : « Opération du professeur Poncet. »

En quoi consiste cette opération ? Quelles sont ses indications et quels sont ses résultats éloignés ? C'est ce que nous allons tâcher d'établir.

L'*uréthrostomie*, comme nous l'avons dit au début, est la création d'un méat au périnée, en arrière des bourses ; le manuel opératoire en est extrêmement simple et facile.

Par la création de ce nouveau méat, on sacrifie ainsi, au point de vue fonctionnel, une étendue plus ou moins grande du canal urétral. Cette opération est donc toute différente de celles qui, connues sous le nom d'uréthrectomie, d'uréthroplastie, ont pour but le rétablissement normal de la fonction en conservant à l'urèthre sa longueur, sa continuité. Ces dernières méritent à juste titre le nom d'opérations conservatrices, par opposition à l'uréthrostomie dans laquelle les deux tiers antérieurs au moins du canal sont sacrifiés. M. Poncet n'a pas l'intention d'opposer cette dernière aux opérations précédentes, à côté desquelles elle trouve sa place naturellement ; il croit que, dans certains cas, on doit donner la préférence à la création méthodique d'un méat périnéal. Les indications sont surtout les contre-indications des méthodes employées jusqu'à ce jour. Elles relèvent de la gravité de la lésion locale et non moins de l'état général du sujet.

Au premier rang des indications de l'uréthrostomie se placent la nature, l'étendue, etc., du rétrécissement et l'inefficacité, démontrée par les récidives, du traitement chirurgical suivi.

1° La 1^{re} catégorie de malades chez qui nous conseillons le méat périnéal, sont les récidivistes des diverses uréthrotomies, uréthrectomies. L'insuffisance des traitements employés jusqu'alors est bien une bonne indication d'en tenter un autre, et la plupart de nos opérés sont dans ce cas. Il s'agit, la plupart du temps, de malades de la classe ouvrière, négligents de se sonder, car ils n'en ont souvent pas le temps ; obligés de travailler constamment pour gagner leur vie, ils ne s'inquiètent guère de leur canal et ils ne viennent à l'hôpital que lorsque des accidents de rétention ou d'un autre genre viennent à éclater ;

2° En second lieu, la nature même du rétrécissement, son épaisseur, son étendue surtout peuvent rendre illusoire ou impossible toute uréthrotomie ; c'est ainsi que certains rétrécissements traumatiques de l'urèthre avec destruction du canal sur une assez grande longueur peuvent réclamer l'uréthrostomie surtout lorsque, malgré une première opération sanglante destinée à refaire le canal, le malade s'est de nouveau rétréci et passe à l'état d'urinaire. Il y a, en effet, deux sortes de ruptures traumatiques de l'urèthre, au point de vue clinique : des ruptures simples, amenant une section transversale du canal, et rien de plus ; pas de destruction du conduit ; chez de tels malades nous ne proposons pas la création du méat artificiel.

Mais il est une autre série de ruptures traumatiques où il y a, non seulement une section de l'urèthre, mais le canal est refoulé, contus, déchiré sur une grande étendue. A brève échéance va se former une gangue cicatricielle, véritable tissu inodulaire, ayant envahi le corps spongieux, ayant détruit l'ancien canal sur une longueur considérable, souvent. Ces cas sont d'abord, immédiatement après l'accident, suivis presque toujours d'infiltration d'urine, malgré l'application d'une sonde à demeure ; d'où l'utilité de créer une voie d'écoulement la plus simple possible à l'urine. Mais une fois ces accidents immédiats parés, peut-on espérer, avec des désordres aussi étendus, créer de toute pièce, au milieu d'un tissu scléreux inextensible, un conduit suffisamment perméable pendant longtemps ? Nous ne le croyons pas, comme l'enseigne notre maître, et le canal tout entier, formé de tissu cicatriciel, est tout prêt à se rétracter si la dilatation quotidienne, répétée toujours par le malade, ne vient pas en maintenir le calibre.

L'uréthrectomie n'est pas non plus possible dans ces cas où l'étendue des tissus scléreux est grande, où la déchirure mesure une certaine longueur. Nous avons vu, comme le relate l'observation d'un malade, M. le professeur Poncet, vouloir la tenter et être obligé d'y renoncer à cause de l'écartement trop considérable des deux bouts, lorsqu'on a fait l'excision de la portion rétrécie ; fût-elle enfin possible, c'est toujours une bande, un anneau scléreux qui se formera au niveau de la suture ; cet anneau

fibreux aura sans cesse une tendance rétractible, et la nécessité du cathétérisme fréquent va encore s'imposer à des malades qu'il faudrait à tout prix laisser tranquilles.

Ces quelques considérations, sur l'étendue des désordres uréthraux, suivis de la formation de masses scléreuses, lardacées, englobant le canal et le corps spongieux, ne s'appliquent pas seulement aux rétrécissements traumatiques graves de l'urèthre, mais nous avons pu constater, comme le prouvent nos observations, chez presque tous les vieux rétrécis, anciens blennorrhagiques, que M. le professeur Poncet a uréthrostomisés, ces masses cicatricielles, au milieu desquelles l'urèthre semble perdu et introuvable, masses qui, une fois enlevées, peuvent donner, entre les deux bouts, des écarts de 6 à 7 centimètres ! Nous avons dans nos observations, entr'autre celle de M. C..., 36 ans, employé de commerce, des preuves de l'étendue de cette gangue cicatricielle inflammatoire exsangue, occupant tout le tissu spongieux péri-uétrol, gravité telle de ces lésions locales, qui fit que M. le professeur Poncet, après avoir fait anesthésier le malade pour lui faire une uréthrotomie externe, pensa, dans le cours de l'opération, faire une uréthrectomie après ablation des parties sclérosées, et finalement, lorsque l'excision fut faite, l'écart des deux bouts était tel qu'il semblait impossible de pouvoir les rapprocher. L'uréthrectomie céda, par la force des choses, la place à l'uréthrostomie, et le malade, qui était en pleine fièvre infectieuse, depuis longtemps déjà, est actuellement bien guéri, et jouit d'une robuste santé.

Il est une certaine catégorie de rétrécis chez lesquels non seulement il existe des rétrécissements multiples qui, par leur nombre, ainsi que nous l'avons dit et que l'a fait remarquer M. le professeur Poncet, constituent une indication de l'uréthrostomie, mais chez lesquels le canal est diminué de calibre et véritablement rétréci dans toute sa longueur. M. Poncet se rapelle précisément plusieurs malades, chez lesquels il avait noté cette particularité et la première fois qu'il pratiqua l'uréthrostomie périnéale chez le malade que lui avait envoyé le docteur Chalamet, il se trouva en présence d'un cas de ce genre qui lui parut alors justiciable d'une autre opération que les opérations habituelles.

Certaines uréthrites, blennorrhagiques, infectieuses, sont très probablement capables d'entraîner ces modifications étendues du canal, mais il est, en pareil cas, un facteur étiologique sur lequel M. Poncet appelle souvent l'attention.

Tous les urèthres, en effet, sont loin de se ressembler comme dimension, comme calibre ; il existe pour cet organe des variétés individuelles, et on comprend que tel canal relativement de petit calibre et en quelque sorte rétréci congénitalement dans toute sa longueur soit plus susceptible qu'un autre plus large de donner naissance à une coarctation étendue, à un véritable rétrécissement total, comme M. Poncet l'a observé quelquefois. Il est permis de soupçonner ces urèthres étroits par les dimensions du méat. Déjà, en 1881, M. Poncet avait insisté sur les rapports qui existent entre les dimensions de cet ori-

fice et celle de l'urèthre. Depuis lors, de nouvelles observations lui ont démontré que, la plupart du temps, à un méat étroit correspondait un canal étroit et réciproquement à un méat large un canal large.

Cette observation offre un certain intérêt ; elle permet de redouter des rétrécissements peut-être plus précoces, plus étendus et s'accompagnant aussi de troubles fonctionnels plus rapides chez les malades atteints d'un traumatisme ou surtout de troubles blennorrhagiques. C'est ainsi que tout blennorrhagien à méat étroit devra plus volontiers redouter un rétrécissement et, d'emblée, à une première manifestation, recourir à la dilatation.

M. Poncet pense également que certains rétrécis trouvent dans leur tissu cellulaire plus ou moins dense, plus ou moins plastique, les conditions favorables à la formation d'un rétrécissement. Anatomiquement, le tissu cellulaire ne se présente pas chez tous les sujets avec le même caractère de densité, de résistance, et peut-être faut-il chercher dans ces différences de tissu comme dans les différences de calibre de l'urèthre, l'explication de rétrécissements chez certains blennorrhagiens, alors que, toutes choses égales comme acuité, durée de la blennorrhagie, par exemple, d'autres sujets en restent indemnes.

3° A côté des récidives, à côté des destructions étendues du canal, impossibles à réparer d'une façon durable, se placent parmi les indications de l'uréthrostomie, les accidents du côté des voies urinaires supérieures.

Nous voulons dire par là que dans les cas de pyelo néphrite ascendante, lorsque le malade est une sorte de *noli me tangere*, chez lequel il faut particulièrement redouter les manœuvres chirurgicales répétées, telles que cathétérismes fréquents, sonde à demeure, l'uréthrostomie est l'opération de choix. C'est, en effet, aujourd'hui une vérité banale, que le moindre traumatisme du côté de l'urèthre, chez ces individus à vessie distendue, est une cause presque fatale d'accidents redoutables et même souvent mortels ; le devoir du chirurgien, comme le dit Thompson à propos des prostatiques à lésions ascendantes, est de laisser tout le conduit urinaire au repos, de permettre à l'urine de s'écouler sans peine, si l'on veut voir presque immédiatement des troubles graves s'amender ou même disparaître.

Ainsi le démontre l'observation de M. Ch..., 75 ans, opéré jadis, et qui, au moment où M. Poncet lui fit l'uréthrostomie était en pleine pyelonéphrite et semblait un cas désespéré ; il est aujourd'hui vigoureux et ne se ressent plus de rien. Chez de tels sujets on pourrait donc dire que « *le mieux est l'ennemi du bien* », et en voulant conserver la miction normale on court le risque de les voir succomber ; en voulant reconstituer la fonction normale, on court le risque de sacrifier le fonctionnaire. On se décidera d'autant plus volontiers à pratiquer cette opération qu'il s'agira, dans ces cas, de sujets âgés chez lesquels le côté urinaire ne saurait être mis en parallèle avec le côté génital ; nous voulons dire par là qu'il faut laisser au second plan

le rôle des vésicules séminales et qu'il faut, avant tout, rendre facile l'évacuation de la vessie.

4° Enfin, parmi les rétrécis, de quelque nature, de quelque étendue que soit leur rétrécissement, accompagné ou non de lésions ascendantes, il en est, dis-je, qui ne supportent pas le cathétérisme. Et ici nous ne voulons pas parler du cathétérisme, ante-opératoire, amenant chaque fois des frissons, et constituant ces accès de fièvre uréthrale que l'opération, détruisant l'obstacle, guérit en même temps ; nous voulons parler de malades qui, après l'uréthrotomie, ne pouvaient pas garder une sonde un seul instant ; c'est ainsi que J..., graveur, après les deux uréthrotomies internes qu'il eut autrefois à subir, éprouvait des souffrances atroces et des accès de fièvre dès qu'il fallait passer un cathéter quelconque (sonde), dans son urèthre ; M. C..., 36 ans, était également dans le même cas, et il y en a d'autres. Il s'agit là de sujets d'une susceptibilité spéciale, éminemment irritables ; chez eux, toute opération conservatrice est donc presque fatalement suivie de récidives ; aussi, comprendra-t-on que nous leur réservions une place dans le groupe des inductions de l'uréthrectomie.

5° Mais les rétrécissements de l'urèthre ne constituent pas seuls l'indication de l'uréthrostomie. D'autres cas, rares il est vrai, observés par M. le professeur Poncet, lui ont paru, par l'état de lésions locales du côté de l'urèthre, nécessiter cette opération ; nous voulons parler de deux cas pour tuberculose uréthrale, et du corps spongieux, et un cas pour perte de substance étendue de la muqueuse de l'urèthre, arrachée

par un corps étranger, reste six semaines dans ce conduit. Ces faits isolés ne constituent pas un groupe; ils montrent que l'uréthrostomie a pu rendre dans ces cas un véritable service. En effet, chez l'un d'eux (et la lecture de l'observation XIII formule l'indication sans qu'il soit besoin de commentaire), atteint de tuberculose uréthrale, en cherchant à enlever, à détruire les fongosités, l'urèthre s'enlevait sous forme de larges lambeaux; l'étendue, la profondeur de cette tuberculose locale semblaient devoir nécessiter l'amputation du pénis, mais en raison de l'âge, M. Poncet se décida pour l'uréthrostomie; deux mois après il quittait le service, guéri de sa tuberculose pénienne, urinant à volonté par son nouveau méat, ayant ainsi conservé son pénis qui pourra lui rendre, en dehors de la miction, les services habituels.

6° Quant au cas d'uréthrostomie pour corps étranger ayant détruit l'urètre et accompagné de troubles généraux, nous ne pouvons que renvoyer à la lecture de l'observation XIV, la lecture seule des faits fera comprendre que la gravité des désordres locaux et l'état général ont formulé les indications de laisser le canal dans le repos absolu.

7° Enfin, à côté des indications qui nous paraissent formelles de l'uréthrostomie périnéale, il en est d'autres, certainement d'une précision moindre, mais qui pourront parfois justifier cette intervention. C'est ainsi que certains prostatiques, avec cathétérisme impossible ou encore laborieux et difficile, surtout s'il s'agit de vieillards chez lesquels les accidents d'infection urinaires ne sont pas trop mena-

cants, on pourrait, pensons-nous, créer un méat périnéal. Ici, l'indication est évidemment tout autre que chez nos rétrécis, et le but que l'on cherche à obtenir par l'uréthrostomie est d'arriver facilement par le cathétérisme dans la vessie. C'est donc avec la cystostomie suspubienne que l'uréthrostomie périnéale peut être mise en parallèle.

A priori, si l'uréthrostomie permet de lutter contre les accidents prostatiques elle a droit à toutes nos préférences, puisque, d'une façon certaine, de tels opérés ne sont pas exposés à l'incontinence. Nous ne voulons pas mettre en parallèle ces deux opérations; comme toute méthode thérapeutique, elles doivent avoir l'une et l'autre leurs indications et leurs contre-indications; nous sommes d'autant plus porté à croire que l'uréthrostomie peut, chez certains prostatiques, rendre des services et l'emporter sur des cystostomies suspubiennes, que trois de nos *rétrécis âgés* étaient en même temps des prostatiques, et que chez eux, le cathétérisme que M. Poncet leur avait conseillé de pratiquer de temps à autre, soit pour vider complètement leur vessie, soit pour donner au méat des dimensions suffisantes, se faisait avec la plus grande facilité, et les malades le pratiquaient eux-mêmes dès les premiers jours.

Nous nous sommes livré à quelques recherches d'amphithéâtre, pour nous rendre compte dans quelle mesure la création d'une ouverture urétrale au périnée facilitait le cathétérisme chez les prostatiques.

Chez de tels sujets, nous avons d'abord pratiqué

le cathétérisme normal afin de voir les résistances, les difficultés que nous rencontrions ; nous l'avons trouvé laborieux sur tous les cadavres de vieillards que nous avons sondés ; nous nous sommes servis d'une sonde, assez commode chez les prostatiques, la sonde à grande courbure de Gelly ; néanmoins, chez tous nous avons pu passer, avec difficulté, ajoutons-nous ; ensuite nous avons fait une uréthrostomie aussi loin que possible, se rapprochant autant que faire se peut du bec de la prostale, et nous avons été surpris de voir avec quelle facilité une petite sonde presque droite, une sonde de femme, entrait dans la vessie. Ce ne sont là que des expériences d'amphithéâtre, et il est évident qu'on ne peut leur accorder une valeur décisive ; mais nous croyons que, sur le vivant, la création d'un méat artificiel pourrait, chez des prostatiques menacés de rétention, rendre des services et leur permettre de se sonder sans traumatiser leur canal, sans craindre le danger des fausses routes.

MANUEL OPÉRATOIRE

L'opération est simple ; les premiers temps sont ceux de l'uréthrotomie externe. Le malade, désinfecté et rasé, est mis dans le decubitus dorsal, le siège au bord du lit, le lit de Trendelenburg (fig. 1) de préférence, les cuisses écartées et soutenues par des aides. L'opération est faite, bien entendu, sur conducteur si le canal en laisse passer un. Dans le cas où le rétrécissement ne peut être franchi avec aucun instrument, on introduit toujours, jusqu'au rétrécissement, un cathéter métallique qui tend la peau du périnée, fait saillir la ligne médiane, point de repère par excellence dans la recherche du canal. Enfin dans le cas où on éprouverait quelque difficulté à trouver le canal, le cathéter indiquerait la lumière du canal qui serait sectionné immédiatement au-devant du rétrécissement :

1° *Premier Temps.* — Incision plus ou moins longue qui est la même que celle de l'uréthrotomie externe de la peau et du tissu cellulaire. S'il y a des foyers

voisins, ils sont raclés, nettoyés, détergés. Sinon, on va directement comme dans l'uréthrotomie à la recherche de l'urèthre sur la ligne médiane.

On débride donc à travers le tissu cicatriciel, souvent très étendu, très dur et très épais jusqu'à ce qu'on arrive à trouver le canal de l'urèthre.

2° Une fois le rétrécissement mis à découvert, on incise le canal perpendiculairement à sa direction et immédiatement en arrière du rétrécissement (fig.2).



FIG. 2.

Cette section transversale s'étend jusqu'au corps caverneux. Elle rend facile la dissection du bout postérieur qui pourra, suivant le niveau auquel on opère, être mobilisé sur une hauteur variable. Des deux bouts obtenus, en effet, un seul nous intéresse vraiment, c'est le bout postérieur par lequel doit se faire la miction dorénavant.

Il faut donc pouvoir amener facilement en contact avec les bords de la peau, les lèvres du bout postérieur.

3° On dissèque ce bout postérieur sur une hauteur de dix à douze millimètres.



De plus, pour éviter le rétrécissement progressif du nouveau méat, M. le professeur Poncet prend la précaution d'inciser sur une hauteur de huit à dix millimètres au moins la paroi inférieure du bout postérieur, comme après une amputation du pénis (fig. 3).

4° On suture méthodiquement l'orifice uréthral, le bout postérieur sectionne avec les bords cutanés de la plaie périnéale qui est à son tour suturée comme nous l'indiquerons

FIG. 3. tout à l'heure (fig. 4).

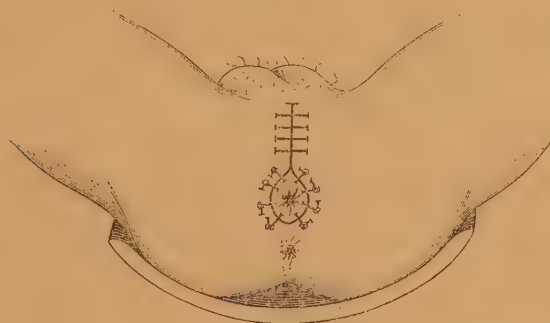


FIG. 4.

5° *Pansement.*— On peut laisser une sonde de Pezzer ou de Malecot, si leur séjour dans la vessie est bien supporté. Pendant les premiers jours, lavages et sondages trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Ce manuel opératoire s'applique aux cas simples, sans complications locales. Mais on peut se trouver en présence d'infiltration d'urine, de fistule, d'infiltration calleuse du périnée, etc., ou, dans le cas de rupture traumatique d'un hématome avec séparation

plus ou moins grande des deux bouts. Ces complications peuvent rendre la recherche du canal plus laborieuse, et nécessiter d'autres manœuvres chirurgicales qui ont pour but de triompher des accidents existants, alors que, dans notre opération, nous ne nous préoccupons que d'assurer complètement la miction. C'est ainsi que, dans le cas d'induration périnéale avec abcès, non seulement on établira un méat artificiel, mais on pratiquera souvent l'ablation méthodique de ces masses ligneuses comme l'avait fait M. Daniel Mollière.

Dans l'opération que nous proposons, nous avons en vue la création d'un méat périnéal. Chez les premiers malades opérés par M. Poncelet, il avait comme il l'avait indiqué dans ses deux précédentes communications, incisé le canal immédiatement en arrière du rétrécissement et pu, par suite du siège du rétrécissement en avant du bulbe, disséquer le bout postérieur.

Dans certains cas le rétrécissement peut être assez rapproché de la prostate, occuper la région bulbo-membraneuse pour qu'il soit nécessaire de modifier ce procédé ; on peut dès lors, comme il l'a fait chez quelques malades, sectionner le canal, soit en avant soit en plein rétrécissement ; ce sont là des détails opératoires qui ont leur importance et alors que l'on doit toujours avoir en vue la conservation d'un bout postérieur suffisant pour l'établissement du méat périnéal. L'incision en avant ou au niveau du rétrécissement a encore cet avantage lorsqu'il occupe, comme on le voit si souvent, la région bulbaire, de

reste, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans nos ne pas exposer au même degré à une hémorrhagie opératoire, hémorrhagie en nappe parfois gênante après la section du bulbe.

Nous n'insistons pas sur la recherche du bout postérieur après ou avant la section du canal. Nous ne pourrions que répéter ce qui est écrit partout à propos de l'uréthrotomie externe pratiquée sans conducteur. Du reste, dans les cas compliqués, la section du canal immédiatement en avant du rétrécissement rend cette découverte relativement facile, et moins encore dans l'uréthrostomie que dans l'uréthrotomie externe, il n'est arrivé à M. Poncet de ne pouvoir trouver le bout postérieur. Du reste, pour un chirurgien expérimenté dans toutes ces opérations, la découverte du canal s'exécute avec des points de repère suffisants pour qu'on puisse la comparer à la ligature d'une artère, dans la continuité, opération pouvant être difficile mais d'une réussite assurée avec les points de repère de la médecine opératoire.

L'hémorrhagie, dans le cours de l'opération, est le plus souvent peu abondante. Le sang fourni par les vaisseaux plus ou moins dilatés, suivant les sujets, s'arrête vite sous la pince hémostatique, qui a pour avantage de servir d'écarteur des bords de la plaie. La véritable hémorrhagie est celle qui provient de la section du tissu spongieux, surtout du bulbe, mais en dehors de l'artère bulbaire, qui peut exiger une ligature, cette hémorrhagie en nappe s'arrête spontanément sous l'action de tampons hémostatiques laissés en place quelque temps. Du

observations, dans les rétrécissements anciens, étendus, justiciables de l'uréthrostomie, le tissu spongieux périurétral a souvent subi une véritable cirrhose; il est dur, ligneux, comme exsangue, au surplus, l'hémorrhagie, après une uréthrostomie, ressemble à celle consécutive, à une uréthrostomie externe, et nous ne saurions nous y attarder davantage.

Il sera bon, dans tous les cas, dans cette opération comme dans toutes celles sur des tissus spongieux, vasculaires, de ne faire des sutures qu'après une hémostase parfaite, ce qu'on ne peut juger que plusieurs minutes après l'arrêt de l'hémorrhagie.

Quant aux sutures en étoile de l'orifice urétral avec les bords cutanés, elles sont habituellement au nombre de six, et de préférence avec des fils métalliques fixes, encore moins exposés à l'infection dans cette région que les fils de catgut et les fils de soie (fig. 4). Le bout antérieur peut être simplement abandonné dans la plaie ou mieux encore fermé par une double suture en croix qui a, pour M. Poncet, l'avantage comprenant le tissu spongieux périurétral d'en faire une hémostase parfaite (fig. 5). Quant à la

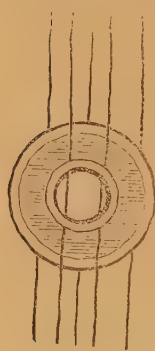


FIG. 5.

plaie périnéale, elle sera le plus souvent réunie par quelques sutures métalliques, tout au moins, lorsqu'on est intervenu pour rétrécissements simples sans complications infectieuses; mais dans le cas d'infiltration urinaire d'abcès, etc., M. Poncet préfère interposer entre les lèvres de la plaie périnéale de la gaze iodoformée chiffonnée, dont la contention est très simple avec quelques points de

sutures contentifs passant entre les lèvres de la plaie, imparfaitement rapprochée et située à la manière d'un pont au-dessus de la gaze. Lorsqu'on recherche la réunion de la plaie périnéale par première intention, il sera toujours bon, en raison de la vascularité des tissus, de placer un petit drain dans l'angle inférieur de la plaie, qui sera enlevé dès le septième ou huitième jour. Sur cette plaie périnéale, une couche épaisse de poudre d'iodoforme constituera une occlusion antiseptique, complétée par un pansement en T, avec tampons aseptiques, que traversera la sonde laissée à demeure.

Si on ne peut laisser une sonde à demeure (sonde de Pezzer ou de Malecot), on pratiquera trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures les sondages nécessaires, très faciles, et il va de soi qu'on sera antiseptique avant et après chaque sondage. L'ablation des fils se fera le huitième ou dixième jour. Lorsque la réunion a lieu par première intention, la guérison peut être complète du quinzième au vingtième jour; si la plaie a dû être abandonnée à la granulation, la cicatrisation réclame de cinq à six semaines. On peut, du reste, dans ce dernier cas, abréger la durée de la réparation en cherchant une réunion par seconde intention, lorsque la plaie s'est détergée et s'est recouverte de bons bourgeons charnus.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

Avant tout, nous tenons à faire remarquer, en ce qui concerne la gravité de l'opération, qu'elle est d'une bénignité extrême; pas un seul des opérés n'a succombé à la suite de l'intervention; chez tous, au contraire, nous avons pu constater, car nous les avons revus personnellement et pu contrôler minutieusement ce que nous avançons, une amélioration notable dans l'état général, la guérison absolue chez la plupart, par la disparition des phénomènes urinaires, du moment où la miction a été rendue facile. Ce résultat immédiat n'a rien qui doive nous surprendre. Il s'agit, en effet, d'une opération à ciel ouvert dont les divers temps sont bien réglés, qui assure la miction avec le minimum de manœuvres chirurgicales sur les voies urinaires. Nous voulons dire par là que l'uréthrotomie demande peu de temps pour son exécution, ne nécessite pas ultérieurement de sonde à demeure, traversant, comme après une uréthrotomie, par exemple, un canal plus ou moins

infecté dans toute sa longueur, et exposant ainsi à de nouveaux accidents.

Au point de vue du résultat définitif, M. Poncet divise ses opérés (rétrécis) en deux catégories : 1° ceux chez lesquels le rétrécissement existait seul avec des lésions plus ou moins avancées de l'appareil urinaire ; 2° ceux, au nombre de trois, chez lesquels il existait en même temps une hypertrophie prostatique apportant de son côté des troubles de la miction.

Chez les opérés atteints seulement de rétrécissement, la miction se fait par le nouveau méat, qui se trouve plus ou moins loin de la racine des bourses, suivant les malades que nous avons revus, dans les meilleures conditions possibles, au bout de six à quinze mois en moyenne. Le méat est constitué par un petit orifice entouré d'un tissu un peu blanchâtre, non induré, se continuant bien avec la peau du périnée ; il permet facilement l'introduction d'une sonde de femme, d'une petite sonde droite en verre, et les malades peuvent, et nous le leur avons fait faire devant nous, s'ils le désirent, se sonder sans difficulté. Il suffit de pousser directement la sonde, et on est de suite dans la vessie ; ce nouvel urèthre est plus commode à cathétériser qu'un urèthre de femme, et il est non moins facile à trouver.

Chez les opérés, porteur en même temps d'une hypertrophie prostatique, il faut redouter l'évacuation incomplète d'une vessie plus ou moins sclérosée, qui se contracte mal et retient de l'urine qui peut devenir cause d'accidents infectieux ; chez

eux il faut conseiller un cathétérisme régulier, que du reste les malades pratiquent aisément eux-mêmes, comme le prouvent les observations III, VII, etc., cathétérisme qui assurera une évacuation complète. Deux d'entre eux, dont l'état général est parfait, ont été opérés il y a vingt-deux et vingt-cinq mois.

Le méat contre nature a souvent une tendance au rétrécissement, qui est du reste facile à corriger. Il est bon de prévenir le malade de cette éventualité pour qu'il ait la précaution de le dilater par un cathétérisme pratiqué de temps à autre.

Il nous semble inutile de rappeler qu'avec l'uréthrostomie, telle que la pratique notre Maître, il ne peut pas être question d'incontinence d'urine, le sphincter vésical n'étant pas intéressé. Tous les opérés retiennent très bien, et chez tous les envies fréquentes ont disparu, parce que les phénomènes de cystite n'existent plus. L'urine est projetée avec une force variable, suivant les sujets, et le jet a l'apparence du jet de l'urine chez la femme. L'opération transforme le malade en hypospade périnéal ; elle l'oblige à uriner de préférence sur le siège, à la manière d'une femme, ou dans la position accroupie, ou mieux encore debout, un vase placé entre les cuisses, le scrotum relevé en avant.

Quelques-uns, afin d'uriner debout, s'introduisent une sonde molle ; cette sonde conduit l'urine à distance, remplit très bien les fonctions de l'urèthre et lui permet ainsi parfois de dissimuler une infirmité, que certains esprits accusent de diminuer la virilité de l'homme.

Elle ne compromet pas les érections, qui parfois auparavant, difficiles et douloureuses deviennent normales lorsque la portion rétrécie de l'urèthre a été mobilisée ou excisée.

Si la miction est normale, il n'en est de même de l'éjaculation qui se fait en arrière du rideau scrotal, le coït, toujours possible, ne peut pas être fécondant. C'est là un fait dont il faut prévenir les malades et on doit peser le pour ou le contre dans la balance des indications : l'âge du malade est évidemment le principal *criterium*, son état social ensuite. M. G..., qui est célibataire n'est pas fâché de cet état qui le prive de bien des inquiétudes (Obs. 1).

Quoi qu'il en soit, il faut prévenir le futur uréthrostomisé des conditions nouvelles dans lesquelles va le placer l'opération. M. le professeur Poncet, les a toujours mis au courant du résultat définitif qu'il cherchait. Aucun des malades que nous avons revus, c'est-à-dire tous les uréthrostomisés ne regrettent pas la perte du pouvoir fécondant du coït ; l'érection, en effet, d'après les renseignements qu'ils nous ont donnés et les sensations voluptueuses qui accompagnent l'éjaculation ne sont modifiées en aucune façon et sont les mêmes qu'avec l'urèthre ayant toute sa longueur : ces faits sont importants et méritent d'être retenus ; tous nos malades sont prêts à les confirmer.

Ce serait, croyons-nous, des redites inutiles, car nous pensons avoir insisté suffisamment, que de montrer les modifications de l'état général dont bénéficient les uréthrostomisés. La longueur du canal

existe uniquement pour rendre fécondant le coït ; elle est au contraire la cause de tous les troubles urinaires dont la femme, par la brièveté de son canal est à l'abri d'une façon presque certaine. L'uréthrostomie supprime l'obstacle, l'évacuation vésicale devient normale.

Tous nos malades, tourmentés depuis des années par leur urèthre, ont accepté rapidement l'opération ; suivant l'expression de l'un d'eux, ils avaient acquis la conviction que le « tuyau » était toujours assez long pourvu qu'il fût en bon état et que c'était un médiocre plaisir de se voir uriner par le bout de la verge quand il fallait se donner tant de peine et tant souffrir. Une fois opérés, ils se trouvent désormais à l'abri des troubles de la miction et des accidents d'empoisonnement urinaire qu'ils connaissaient depuis trop longtemps par expérience. Cette terreur de leur passé uréthral, cette crainte de voir à nouveau la miction rendue difficile est encore démontrée par les faits que viennent de signaler au congrès de chirurgie de 1893, M. Verneuil, Kœberlé (Strasbourg) et Severeanu (de Buccharest). Ils ont, en effet, à la suite de la communication du professeur Poncet, cité plusieurs de leurs malades, porteurs de rétrécissements de l'urèthre, avec infiltration ou non d'urine, chez qui des opérations conservatrices ayant échoué en partie, il leur était resté une fistule périnéale ; les malades cités étaient si contents de ce résultat non cherché, qu'ils refusèrent catégoriquement de se faire oblitérer leur fistule.

Ces faits accidentels ne peuvent que confirmer

l'opinion que nous soutenons de l'utilité, chez certains malades, de l'uréthrostomie.

Un point intéressant de l'histoire à venir de nos malades, sera celui de l'infection blennorrhagique; nous ne pensons pas que nos uréthrostomisés soient à l'abri de la chaudepisse, mais il nous est bien permis de supposer que si les conditions de réceptivité ne sont pas modifiées, il doit en être tout autrement, de la durée, de l'évolution, de cette affection qui trouve dans un urèthre postérieur, n'existant plus chez nos opérés, un terrain si favorable à la pérennité, en même temps que par son siège et sa profondeur réfractaire au traitement local de cette maladie.

Chez les uréthrostomisés, l'urèthre antérieur se termine en un cul-de-sac fermé à neuf ou dix centimètres du méat, et *a priori*, nous pouvons croire que la blennorrhagie ne doit pas se comporter comme dans un urèthre normal ; dans tous les cas, la miction si douloureuse dans les uréthrites aiguës, ne saurait intervenir pour irriter la muqueuse et provoquer les souffrances si vives dues au passage de l'urine.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I (30 mars 1892). — *Uréthrostomie périnéale pour anciens rétrécissements blennorrhagiques multiples, étendus et provoquant depuis longtemps des accès de fièvre urineuse.*

M. C..., âgé de 35 ans, employé de commerce, souffre depuis sept à huit ans de rétrécissements de l'urèthre, d'origine blennorrhagique : gêne de la miction, avec envies plus ou moins fréquentes d'uriner. En même temps, survenaient de temps à autre des accès fébriles que l'on considérait pendant longtemps comme des accès de fièvre intermittente. Depuis trois mois, à la suite de manœuvres, de cathétérismes répétés, les accès de fièvre uréthrale se sont rapprochés et le malade, chez lequel on pouvait avec grand'peine passer une bougie n° 7, se présentait, à la date du 28 mars, avec le cortège symptomatique habituel d'une infection urinaire aiguë. Lorsque M. Poncet vit ce malade pour la première fois, appelé par son confrère le docteur Henri Reboul, il trouve un malade pâle, amaigri, se plaignant d'avoir des envies incessantes d'uriner sans parvenir à vider sa vessie. Les jours précédents, le malade avait eu, encore sans tentative de cathétérisme, plusieurs violents frissons, et la température était montée au-dessus de 40 degrés. La langue était sale, pâteuse, largement étalée, traduisant des troubles dyspeptiques anciens. L'examen local révélait, du côté du périnée, en arrière du scrotum, une induration ligneuse, se

prolongeant par en haut entre les branches ischio-pubiennes sans traces d'abcès, sans changement de coloration de la peau et doublée de volume. L'exploration de l'urèthre faite après anesthésie (elle n'eût pas été possible sans cela en raison des vives souffrances qu'elle provoquait, caractérisées par de véritables crises de dysurie) indiqua un premier rétrécissement situé à neuf centimètres environ du méat et laissant passer encore assez facilement une bougie n° 7; puis un deuxième rétrécissement au niveau de la région bulbaire, celui-ci plus étendu; il semblait que la bougie, qui ne pouvait du reste le franchir, était fortement étreinte sur une hauteur d'au moins deux à trois centimètres.

Les urines fortement colorées paraissaient, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, avoir dû maintes fois leur coloration brunâtre à leur mélange avec une certaine quantité de sang. Les dernières urines avaient une odeur fortement ammoniacale, et la bougie introduite dans l'urèthre ramena un peu de pus.

Le diagnostic était donc : rétrécissements multiples, étendus de l'urèthre avec indurations inflammatoires post-scrotale et cystite infectieuse. Ajoutons que le malade s'était plaint à diverses reprises de douleurs dans les reins.

Le 30 mai 1892, M. Poncet jugea une intervention urgente se proposant *a priori* de pratiquer une uréthrotomie externe. L'opération dut être pratiquée sans conducteur, par suite de l'impossibilité d'arriver, même avec une bougie très fine, dans la vessie. La peau, le cellulaire sous-cutané incisés, le bistouri rencontra une masse scléreuse, lardacée, du volume au moins du pouce dérobant un petit abcès de la dimension d'un gros pois au voisinage du bulbe. Tout le spongieux périurétral parut transformé en une sorte de gangue cicatricielle, inflammatoire et plus ou moins exsangue. L'urèthre ne fut que difficilement découvert au milieu de ces tissus scléreux. Jugeant que la lésion du canal était trop étendue pour s'en tenir à l'uréthrotomie externe, et qu'une uréthrectomie serait préférable, M. Poncet incisa, de parti pris, en leur milieu et perpendiculairement à leur direction tous ces tissus indurés, y compris naturellement le canal, afin, non seulement de le trouver, mais de pouvoir commodément

explorer les deux bouts. Les lésions lui parurent telles, non seulement dans le tissu spongieux périurétral, mais du côté du canal dont la muqueuse était rouge, épaissie, de consistance également scléreuse, sur une hauteur de quatre à cinq centimètres, qu'il pratiqua l'excision de ces tissus.

L'uréthrotomie externe avait ainsi cédé la place à une urétréctomie avec ablation du canal sur une hauteur qui parut au moins de six centimètres lorsque les deux bouts se furent écartés l'un de l'autre.

Convaincu qu'avec une telle perte de substance on ne pouvait, comme du reste une tentative immédiate de ce genre le démontrait, mettre en contact les deux bouts, et que dans la suite il y aurait là un rétrécissement cicatriciel étendu, d'une dilatation difficile et capable de provoquer les mêmes accidents, M. Poncet décida à une uréthrostomie. Il pencha d'autant plus pour cette dernière opération, que chez cet opéré on ne pouvait songer à laisser à demeure une sonde dans la vessie; il existait, en effet, une cystite infectieuse, avec crises fréquentes de cystalgie interne et la sonde agissant comme corps étranger, semblait ne devoir être supportée. Cette manière de voir était de plus fondée, car le soir même de l'opération, alors que l'on avait placé dans le bout postérieur, allant jusqu'à la vessie, une sonde de Pezzer pour assurer l'écoulement de l'urine, les douleurs furent bientôt tellement vives qu'on dut la supprimer.

En arrière du rétrécissement, l'urèthre fut trouvé élargi, notablement distendu. Il s'écoula au moins un litre d'urine fortement colorée, d'odeur putride et ammoniacale. M. Poncet disséqua le bout postérieur sur une hauteur de six à huit millimètres et après avoir incisé la paroi inférieure sur une hauteur semblant égale, il en fixa les bords aux lèvres de la plaie périnéale par six points de suture métallique qui traversaient une muqueuse blanchâtre, ridée, épaissie et un spongieux périurétral, lardacé, friable.

Quelques points de suture réunirent les bords cutanés de la plaie au-dessus du nouveau méat. Le soir même, la température était de 37°6 et le matin suivant de 38°. Les douleurs provoquées par la sonde à demeure étaient tellement vives, qu'on dut l'enlever, et dès lors recourir, quatre fois au moins

dans les vingt-quatre heures, pendant les premiers temps, à l'évacuation de la vessie par le cathétérisme. Jusqu'au 7 avril, ces cathétérismes furent assez laborieux; il existait une telle irritabilité de la muqueuse prostatique que plusieurs fois une sonde molle, une sonde en gomme ne purent pénétrer par suite du spasme et qu'il fallut recourir à un cathéter métallique. Deux fois même, les douleurs étaient telles et s'accompagnaient d'un état nerveux si particulier, pâleur de la face, agitation, tremblement, que l'on dut, pour arriver dans la vessie, faire respirer un peu d'éther.

A partir de l'opération, la température ne s'éleva pas au-delà de 38°; le malade n'eut plus de frissons et l'état de ses voies digestives s'améliorèrent progressivement. En même temps, les urines devenaient plus claires et on continuait encore de faire, après chaque sondage, un lavage vésical avec de l'eau boriquée à 40/1000°. A partir du 9 avril, la miction se rétablit et on se contenta de deux cathétérismes avec lavage dans les vingt-quatre heures. A partir de ce moment, il pouvait être considéré comme entrant en convalescence : l'appétit reparut, il reprit ses forces.

A la date du 29 avril, c'est-à-dire un mois après l'opération, l'état général était excellent et il commençait à sortir. Il urinait à volonté par son nouveau méat, et paraissait très satisfait de sa situation.

9 juin 1893. — Nous avons revu M. C... dont l'état général est excellent; il a repris son embonpoint d'autrefois et n'éprouve jamais le moindre malaise; sa santé générale est donc parfaite.

La fonction urinaire se fait bien; il urine quand il veut, n'a pas d'envies plus fréquentes qu'à l'état normal et ses urines sont limpides.

Nous lui avons demandé s'il désirait voir se rétablir par la verge le cours de l'urine; il a refusé catégoriquement, préférant mille fois son état de tranquillité où le laisse actuellement la fonction urinaire, au passé uréthral qu'il redoute avec juste raison et qu'il connaît trop par expérience. Lorsque, du reste, il veut uriner dans la position debout et non accroupie, qui est nécessaire avec un méat périnéal, il se sert d'une petite sonde molle qu'il est extrêmement facile d'introduire, et qui conduit le jet de l'urine.

La sensation pendant l'éjaculation n'est pas changée; seul le produit tombe avant destination; mais il est célibataire, et c'est une condition qui est loin de lui être désagréable.

OBSERVATION II. — B..., cultivateur, Loriol (Drôme), entré à l'Hôtel-Dieu, salle St-Louis, le 9 mai 1891.

Les troubles de la miction datent de cinq ans, caractérisés par des envies plus fréquentes d'uriner et une diminution considérable du jet de l'urine. Il y a cinq mois, abcès urinaire au niveau de la région périnéale; l'exploration du canal de l'urèthre, révèle un rétrécissement infranchissable avec une bougie n° 5 au niveau du bulbe. Le canal paraît diminué de calibre dans toute sa longueur et il semble, avec une bougie à boule de petit calibre, que l'on perçoive à différentes hauteurs des brides cicatricielles qui se manifestent par des ressauts de la bougie. Le 14 mai 1891, M. Poncet fait, dans la région périnéale, l'incision (uréthrotomie externe) pour faire cette opération.

L'uréthrotomie est pratiquée sans conducteur. Au niveau du bulbe, rétrécissement de 10 à 12 millimètres au-dessous de lui; la muqueuse est épaisse présentant sur une certaine longueur de véritables bourgeons qui diminuent d'autant le calibre du canal dont la paroi est plus que doublée d'épaisseur.

En raison de ces lésions locales étendues, des troubles urinaires anciens, faisant redouter des altérations rénales, en tenant compte aussi de l'âge du malade, de son hypertrophie prostatique, M. Poncet, qui avait depuis longtemps songé chez certains rétrécis, à la création d'un méat périnéal, transforma son uréthrotomie externe en uréthrotomie.

Les suites furent simples. Le malade quittait l'Hôtel-Dieu le 20 mai, pour retourner chez lui. Quelques mois après, M. Poncet s'informa auprès du Docteur Chalamet (de Loriol), de l'état de son opéré. On lui répondit qu'il était mort quelque temps après son retour de l'hôpital, que son méat périnéal fonctionnait bien, permettait une miction facile et qu'il n'avait pas, comme cela arrive souvent à la campagne été appelé pour pouvoir dire aujourd'hui les causes de la mort.

OBSERVATION. III. — M. Bl., 69 ans, opéré le 9 octobre 1891. Blennorrhagie à l'âge de 25 ans. Depuis très longtemps, il a eu des troubles de la miction.

Depuis quelques mois, miction très difficile, troubles gastro-intestinaux, malaises divers. Avec une bougie de petit calibre, on a un rétrécissement sous forme de bride à 5 ou 6 centimètres du méat; on le franchit aisément, mais un peu en avant du bulbe, on est définitivement arrêté.

Les urines ont un disque d'albumine, et il a eu de l'œdème des membres inférieurs à plusieurs reprises. Le toucher rectal révèle également une certaine augmentation de la prostate.

Opération. — Une sonde est introduite jusqu'au rétrécissement infranchissable.

Incision périnéale de 6 centimètres; nombreuses vésicules variqueuses. Tissu periurétral induré; on arrive sur un rétrécissement annulaire permettant le passage d'un stylet d'argent très fin. Incision et excision de la portion rétrécie du canal qui mesure 8 à 10 millimètres de hauteur.

Dissection du bout postérieur du canal qu'on fend sur sa face inférieure et qu'on fixe à la place cutanée.

Les suites de l'opération ont été extrêmement simples; la température n'a pas dépassé 37°5. On ne met pas de sonde à demeure; il est sondé trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le 20 octobre, le malade se lève; le 24, il se sonde lui-même par son urèthre périnéal. Il retourne dans son pays le 28 octobre avec des sondes calibre 12 et 16, qu'il doit introduire deux fois par jour dans son nouveau méat; il ne peut pas uriner sans le secours de la sonde.

Il a éprouvé à deux ou trois reprises de la peine à introduire sa sonde, la difficulté existant à l'orifice externe; une fois franchi, la sonde entrait très facilement dans la vessie.

Au mois d'avril, il écrit qu'il va bien mieux, qu'il a recouvré l'appétit et la tranquillité de l'esprit. Il se sonde deux fois par jour; il peut uriner par la plaie; mais il a eu de nouveau à plusieurs reprises de la peine à introduire la sonde à l'orifice du méat.

Il revient en juillet à Lyon; son état général est de beau-

coup amélioré, ses malaises ses œdèmes ont disparu. On trouve que le méat périnéal s'est notablement rétréci et admet avec peine l'extrémité d'une sonde n° 12.

On pratique alors sur la paroi inférieure avec un ténotome un débridement de quelques millimètres qui rend le cathétérisme plus facile.

Le malade repart chez lui avec une petite sonde en métal à bout olivaire, de dimension d'une sonde de femme, et qu'il doit introduire matin et soir.

Dans une dernière lettre de septembre 1892, il dit pouvoir se sonder très facilement, il le fait une fois tous les deux jours pour maintenir l'ouverture.

Il urine régulièrement quatre fois toutes les vingt-quatre heures avec la sonde en gomme élastique, il dit s'en trouver très bien ; et sa santé est complètement revenue.

31 Mai 1893. — Nous avons écrit au malade qui nous répond que la miction est maintenant bien établie par le méat périnéal, qu'il urine toujours environ quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures avec la sonde. Il peut très bien uriner par le méat sans la sonde, mais cela l'oblige à uriner toutes les heures, il ne vide pas complètement sa vessie, me dit-il ; nous faisons remarquer que le malade est en même temps un prostatique, ce qui a été constaté au moment de l'opération.

Sa santé est bonne et il a notablement engraisé.

OBSERVATION IV. — M. Ch..., de Lyon, 74 ans, 5 décembre 1891. A eu plusieurs blennorrhagies entre 20 et 30 ans, et depuis longtemps a de la peine à uriner. A deux reprises, il y a dix ans et il y a sept ans, il a eu de la rétention complète d'urine ; il avait l'habitude de se sonder et il n'a pu y parvenir.

Il fit alors appeler M. le professeur Poncet qui parvint à passer une sonde de calibre très petit. Dans la nuit, le malade urine avec assez de peine, goutte à goutte, avec des envies fréquentes.

Depuis deux mois, M. C... éprouve des malaises divers, pertes des forces, de l'appétit, troubles gastro-intestinaux, insomnies, etc.

Il a, de plus, de la douleur au niveau du rein gauche, sa miction est plus lente et plus difficile et il a des accès de fièvre le soir surtout. Les urines sentent mauvais, sont en notable quantité, contiennent beaucoup d'albumine, ainsi que du muco-pus qui se dépose au fond du vase.

A l'exploration on trouve un rétrécissement *infranchissable* siégeant au niveau du tube ; le cathétérisme est douloureux et mal supporté.

Il est opéré ; il s'écoule beaucoup d'urines et les dernières sont franchement purulentes. L'état général est très mauvais, c'est un urinaire à la cachexie finale ; en raison de cet état grave, M. le professeur Poncet lui fit des lavages vésicaux boriqués, trois fois par jour méthodiquement.

Dans les nuits qui suivirent le malade eut encore des accès fébriles urinaires, qui semblaient coïncider avec l'absence de cathétérisme régulier, de lavage vésical.

Les urines restèrent troubles et purulentes encore longtemps, puis avec des lavages méthodiquement et régulièrement faits, elles redevinrent claires, et les accidents généraux disparurent complètement.

Actuellement sa santé est parfaite, il a engraisé, présente des urines absolument normales, et il a repris sa vie habituelle. La miction se fait à volonté, sans incontinence, dans la position debout ou accroupie.

Mais le point sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est sur l'état général qui prime tout, ce nous semble.

Au moment de l'intervention, avec des phénomènes de pyélo-néphrite, des urines purulentes, des cystites infectieuses, M. Ch. appartenait à cette catégorie d'urinaires qu'on regarde comme perdus, auxquels il n'y a plus rien à faire. Dès que sa vessie a été laissée en repos, son état grave, l'état de cachexie urinaire profonde s'est peu à peu modifié, et aujourd'hui il ne se préoccupe plus de sa vessie et de son rein qui avaient empoisonné les trois quarts de son existence.

OBSERVATION V. — Bav... (Joseph), 46 ans, salle Saint-Philippe, n° 3.

A eu une blennorrhagie à 25 ans, au service militaire.

Depuis quinze ans, première diminution du jet de l'urine, sans autres phénomènes.

Depuis dix ans, phénomènes de rétention et de cystite : jet filiforme et souvent goutte à goutte, efforts et souffrances à chaque miction.

Urines troubles épaisses, légèrement purulentes. Pollakyurie, quinze à vingt fois par jour.

Se sonde depuis cinq ans. A eu plusieurs accès de fièvre urineuse, avec peu d'altération de sa santé, jusqu'en 1890, où elle s'altéra et il se décida à entrer dans le service de M. Cordier, à l'Antiquaille. Là on lui fit une uréthrotomie externe.

Pendant un an, suppression des accidents urinaires ; miction plus facile.

Puis, le cortège des premiers accidents urinaires réapparaît plus intense même ; pollakyurie diurne et nocturne, jet goutte à goutte ; depuis six mois il ne peut plus se sonder, sa santé s'est très altérée ; il a maigri, a de la fièvre, des frissons, des vomissements, a la teinte jaune, cachectique.

On peut à peine passer un n° 12. Trois rétrécissements appréciables, le plus serré est près du bulbe où on est arrêté.

Il y a une petite fistule au périnée, à 6 centimètres au-devant de l'anus, d'où s'échappent quelques gouttes d'urine pendant les efforts de la miction ; elle est entourée de tissus indurés, épaissis par l'inflammation chronique.

Urines *purulentes*, alcalines ; ni sucre, ni albumine.

Uréthrostomie le 18 mars. Rétrécissement de 12 à 15 millimètres, le tissu spongieux est sclérosé, et rien ne rappelle le canal normal. Section de l'urèthre au milieu du rétrécissement. Abouchement du bout postérieur ; pas d'hémorrhagie. Le soir, température : 38°2.

22 mars. — Amélioration de l'état général et des phénomènes douleur et pollakyurie.

Il retient plus facilement ses urines, a des mictions toutes les trois à quatre heures seulement. On lui fait des

lavages de la vessie et il prend 4 grammes de salol par jour.

29 mars. — C'est-à-dire onze jours après l'opération ; il demande à sortir ; son état général est meilleur, aucun accès de fièvre, appétit revenu, la cystite a disparu.

Le méat périnéal est encore rougeâtre ; il retient avec la plus grande facilité ses urines qui restent purulentes.

Les douleurs vésicales et irradiées ont disparu le 15 juin 1893. L'état général s'est conservé meilleur, mais les urines, qu'il retient très bien, continuent à être purulentes et fétides. L'exploration du rein le révèle augmenté de volume et douloureux.

Ce fait nous démontre l'existence d'une pyonéphrose et est très intéressant à relever. Ce malade, en effet, dont le rein est menaçant pour sa vie, s'il n'avait pas, grâce à son méat artificiel, une évacuation facile de ses urines, si on en était à nouveau intervenu sur son canal pour rétablir une miction normale, aurait succombé certainement à des accidents infectieux généraux.

Grâce à l'uréthrostomie, il évacue son pus rénal, comme un abcès quelconque se vide lorsqu'il est drainé convenablement et il n'a pas d'accidents graves d'empoisonnement.

OBSERVATION VI. — J... (Théodore), salle Saint-Martin, n° 1 ; 52 ans, graveur, entré le 15 juin 1892.

A eu plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse et il fit de nombreuses injections.

Premières difficultés pour uriner, il y a treize à quatorze ans.

Opéré par le professeur Guyon, il y a onze ans ; il lui fit une uréthrotomie interne ; il put passer une sonde n° 20 ; fut longtemps guéri après cette opération ; mais ayant négligé de se sonder, il fut de nouveau réopéré par M. Chandelux ; il y a trois ans et demi qu'il lui fit encore une uréthrotomie interne ; il eut, à ce moment, de fréquents accès fébriles. Il en prenait chaque fois qu'on le cathétérisait et rapidement sa santé s'altéra.

Il pouvait encore à peine passer chez lui un n° 5 ou 6,

et uriner en faisant des efforts violents et douloureux. Son état général s'aggravant, ayant de la fièvre, il entra à l'hôpital.

A son entrée, on essaye vainement de passer un n° 4. Accès de fièvre urineuse typique.

Opération 16 juin. — On incise et on arrive sur le canal qu'on trouve très induré et très épaissi après son ouverture.

On excise la portion prébulbaire du canal et on fixe le bout postérieur à la peau. Introduction d'une sonde molle avec laquelle on fait un lavage boriqué dans la vessie.

18 juin. — La température, à midi, monte à 40° 9. État général grave, sueurs profuses; à 7 heures du soir, devant l'état inquiétant, on enlève la sonde à demeure, on fait un lavage boriqué et on donne un gramme de sulfate de quinine. On sonde le malade à minuit.

19 juin. — Le malade va un peu mieux.

21 juin. — Il peut uriner sans douleur; la température est tombée, l'état général redevient meilleur.

5 juillet. — Il urine très bien par son méat périnéal; il est très content, ses forces lui sont revenues; il marche sans peine, sans fatigue et demande à partir.

Le malade a été revu depuis par notre collègue Rivière; il lui a raconté avoir eu quelques séances de coït dont il a été satisfait; les sensations n'ont pas été changées; l'éjaculation se faisait par le méat artificiel, ce qui, pour lui, à cause de certaines considérations spéciales, était une circonstance favorable et dont il était très content.

9 juin 1893. — Il y a un an que le malade a été opéré; nous venons de le revoir; il a, nous dit-il, considérablement engraisé, et a repris ses forces de 20 ans; il considère la miction dans la station accroupie comme peu ennuyeuse; il n'a pas d'envies plus fréquentes d'uriner qu'à l'état normal. Il a également refusé, sur notre demande, de rétablir la miction par l'extrémité de la verge; il se trouve très bien ainsi, à l'abri de tout accident et ne veut à aucun prix changer l'état des choses.

OBSERVATION VII. — G... (Antoine), 73 ans, rue du Musée, entre salle Saint-Philippe, n° 17, le 30 août 1892. Phlegmon urinaire, ancienne uréthrotomie. Pas d'antécédents pathologiques. Nie toute blennorrhagie, jamais de traumatisme ou hématurie. Pas de signes de cystite.

Il y a une quinzaine d'années, premières gênes pour uriner, puis au bout de trois ans il entre à l'hôpital de la Croix-Rousse où M. Poncet lui fit une uréthrotomie externe. Guérison au bout de quinze jours ; il reprit sa miction normale par le bout de la verge.

L'année dernière, en janvier 1891, il entra à l'Hôtel-Dieu où on lui mit une sonde à demeure. Amélioration au bout d'un mois. Il y a un mois environ, il prend une fistule au périnée sans qu'il puisse dire si elle a été précédée d'empâtement, d'abcès ; elle laisse s'écouler une certaine quantité de liquide séro-purulent. On constate un rétrécissement infranchissable au niveau du bulbe. Urines albumineuses. Cathétérisme s'accompagnant de fièvre. Incision suspubienne par laquelle on fait passer un drain qui descend en avant de la symphyse pour ressortir par le périnée.

On agrandit simplement la fistule urinaire par laquelle on met une sonde à demeure. Pendant quelques jours, l'état général est mauvais, puis peu à peu il reprend le dessus, mais ses plaies se cicatrisent mal et il reste une cavité au-dessus du pubis.

Uréthrostomie, le 30 septembre. — On intervient de nouveau et on cherche le canal dont on fixe le bout postérieur à la peau. Il est rétréci, fongueux sur trois ou quatre centimètres d'étendue, la section porte en plein rétrécissement, un peu au-dessus du bulbe. L'urine dès lors ne s'écoule plus par les orifices en pomme d'arrosoir, mais sort par le nouveau méat. Il urine sans douleur, peut retenir, et les urines sont claires. L'état général est bon ; il quitte l'hôpital en cet état.

15 juin 1893. — Nous venons de revoir ce malade ; il a repris son travail comme autrefois, et il peut faire sa journée sans aucune fatigue, son urètre ne le préoccupe plus. Urines claires. L'orifice a un peu de tendance à se rétrécir aussi ; comme il est en même temps prostatique, nous lui

conseillons de se sonder, ce qui est, chez lui, extrêmement facile.

OBSERVATION VIII. — B..., 50 ans, entré 29 mai 1892, salle Saint-Philippe, n° 13; infiltration d'urine; blennorrhagie à 29 ans, ayant duré huit à neuf mois; semble avoir été grave; a été suivie d'une blennorrhée qui paraît n'avoir jamais guéri complètement.

Deux ans après sa blennorrhagie, rétention d'urine, le cathétérisme essayé par un médecin, n'ayant pu être fait, elle cède à une application de sangsues. Dès ce jour, il a des troubles mictionnels démontrant l'existence d'un rétrécissement.

En 1880, il est dilaté à l'Hôtel-Dieu. En 1884, sonde à demeure mise par M. Pollosson. Il rentre chez lui au bout de quelque temps; il se sonde lui-même, mais très *irrégulièrement* et depuis huit mois le cathétérisme, la miction est très difficile, le cathétérisme presque impossible. Le 11 avril, à la suite d'efforts mictionnels, il survient une infiltration d'urine, étendue en avant avec plaques sphacelées.

Puis, quelques jours après, il vient à l'Hôtel-Dieu.

Il entre, et M. Rivière, interne du service, constate le sphacèle d'une partie de la verge; il a un accès de fièvre urineuse avec frissons violents, durant deux heures.

M. le professeur Poncet l'opère. Méat étroit, urèthre rétréci dans toute sa longueur; on ne passe pas une bougie n° 6; une plus fine est très serrée à huit centimètres du méat.

31 mai. — Uréthrostomie : tissus sclérosés sur une grande étendue, quatre à cinq centimètres, le canal rétréci, déformé, est impossible à retrouver; à deux centimètres en avant de l'anus, à travers ce tissu de cicatrice on sectionne l'urèthre transversalement, on voit l'orifice du bout postérieur, on le dissèque sur une hauteur de dix à douze millimètres et on le fixe.

Lavage vésical.

16 juin. — C'est-à-dire quinze jours après l'opération, on enlève la sonde qui est recouverte de sels calcaires, couche

épaisse et difficile à enlever, le malade se plaignant depuis quelques jours de malaises vésicaux.

21 juin. — Urine bien; plaie cicatrisée; orifice ayant un peu de la tendance à s'oblitérer.

OBSERVATION IX. — X..., ouvrier typographe, 16 juin 1892. Est envoyé par le docteur Jamais (de Lyon). Ancien blennorrhagique, est porteur d'un rétrécissement infranchissable à partir de quinze millimètres environ du bulbe.

(Il a eu déjà deux uréthrotomies qui ont été suivies de récurrence.) Le tissu spongieux périurétral est scléreux, saignant à peine.

M. Poncet fait l'excision du rétrécissement, qui est composé d'un tissu complètement inodulaire. Incision de la paroi inférieure. Abouchement du bout postérieur disséqué, à trois centimètres de l'anus.

Sonde. Lavages.

Suites de l'opération bonnes.

A été revu le 20 juillet; il urinait bien, sans aucune difficulté et la plaie était parfaitement cicatrisée.

OBSERVATION X. — R.... (Camillo), 43 ans, employé de commerce, entre le 31 octobre 1892 au service de M. Poncet. Une blennorrhagie à 19 ans. A 28 ans, troubles de la miction; rétention partielle d'urine; il a, au bout de quelque temps, un abcès urinaire qui s'ouvre spontanément.

Le 28 décembre 1888, il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Poncet, qui lui résèque dix centimètres du canal; il reste huit mois dans le service.

Au bout d'un mois, il revient, entre à la salle Ste-Marthe où M. Gangolphe lui fait une uréthroplastie; une série de fils ne tiennent pas et on est obligé d'y revenir à plusieurs reprises. Il se forme plusieurs fistules.

Ses urines étaient troubles et son état général mauvais. Il quitte dans cet état précaire le service, mais il ne tarde pas à être forcé d'y revenir. Et en 1891, M. Poncet, devant ces récurrences, devant l'impossibilité de passer, après anesthésie,

une sonde n° 1, débride à nouveau le périnée, la région du canal qui est envahie par un tissu scléreux, dur, sectionne l'urèthre, dissèque le bout postérieur et le fixe méthodiquement à la peau.

Les suites opératoires ont été bonnes; pas de température; les urines sont troubles pendant longtemps encore.

9 juin 1893. — Nous avons revu M. R..., il se trouve bien portant, ses forces sont revenues; pas d'incontinence d'urine; les envies d'uriner ne sont pas plus fréquentes qu'autrefois lorsqu'il était en bonne santé; les urines sont claires; il se trouve satisfait de son état. Chez lui seulement, il y a une petite diminution dans la sensation qui accompagne l'éjaculation; c'est le seul inconvénient qu'il trouve.

En l'examinant, nous trouvons immédiatement en arrière des bourses, à cinq ou six centimètres de l'anus, le méat entouré de tissu cicatriciel, nullement rétréci, et permettant avec la plus grande facilité, l'introduction d'une sonde de femme.

OBSERVATION XI. — *Rétrécissement étendu de l'urèthre avec énorme abcès périnéal.*

M. D..., banquier, 58 ans, est porteur depuis douze à quinze ans d'un rétrécissement de l'urèthre, pour lequel il a subi une uréthrotomie interne il y a cinq ans, et des séances de dilatation en nombre indéterminé. Depuis six mois il est entre les mains d'un homéopathe qui a essayé à diverses reprises inutilement de passer des sondes, et qui l'a soumis à un traitement globulaire.

Lorsque M. Poncet fut appelé, le 3 novembre 1892, il constata un énorme phlegmon périnéal, s'étendant depuis l'anus jusqu'à la portion interscrotale du pénis. Le malade souffrait à ce niveau, et la miction était difficile. Etat général mauvais; température 39°8. Le canal a un rétrécissement infranchissable à onze centimètres du méat.

Opération le même jour; large incision interscrotale, s'étendant jusqu'à dix millimètres de l'anus; issue d'un verre, le pus très fétide; canal disséqué sur toute la hauteur de l'in-

cision répondant à l'abcès et se présentant sous la forme d'un boudin rouge du volume de l'annulaire. L'abcès remonte de chaque côté jusqu'aux orifices inguino-externes. A ce niveau, coloration normale de la peau, mais le tégument est soulevé et donne un clapotement gazeux. Incision sur chacune de ces poches. La grande poche médiane était remplie de pus, d'urine et de débris sphacelés.

L'uréthrotomie externe pratiquée sur le canal dénudé par la mort des tissus ambiants, montre un rétrécissement cylindrique avec induration ligneuse du spongieux périurétral et occupant au bulbe une hauteur de dix-huit à vingt millimètres. Au-dessus du rétrécissement, muqueuse blanchâtre scléreuse; canal dilaté en arrière du rétrécissement. Miction perpendiculaire de l'urètre en plein rétrécissement. Dissection du bout postérieur et abouchement par six points de suture, à la plaie périnéale.

Urines ammoniacales; sonde molle mise à demeure et fixée par un point; injection boriquée.

4 novembre. — Détente. Température 37°8; on enlève la sonde à demeure qui provoquait des envies d'uriner, et alors que l'urine s'écoulait entre la plaie et la sonde. A partir de ce moment, cathétérisme quatre fois par jour; lavage de la plaie périnéale qui devient granuleuse.

26 novembre. — Il quitte la maison de santé en bon état; il reste encore des bourgeons s'épidermisant. Depuis quinze jours, il urine à volonté par son nouveau méat.

Ce malade est mort chez lui, le 2 novembre, sans avoir été revu par M. Poncet; mais d'après les renseignements qui lui ont été donnés, la mort était survenue en quelques heures, avec perte de connaissance, il suppose qu'il a été emporté par une hémorrhagie cérébrale.

OBSERVATION XII. — *Tuberculose urinaire suppurée, épididymite tuberculeuse double, Uréthrostomie.*

Ancienne arthrite sèche du poignet gauche, guérie par ankylose; pas de trace d'abcès

G... (Louis), 34 ans, teinturier, entre le 26 juin 1892, salle St-Martin, n° 15.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Dysenterie pendant son service militaire en Tunisie, a eu une bronchite qui a duré assez longtemps.

En 1884, blennorrhagie ayant duré trois semaines et n'ayant jamais, dans la suite, amené des suites de rétrécissement. En 1887, un peu de douleur en urinant, de la pesanteur rectale, puis il s'aperçut, dans le courant de cette même année, qu'il s'écoulait du pus par l'anus et le canal de l'urèthre et peu après que son urine passait en partie par le rectum. A la fin de 1887, il a très probablement une épididymite tuberculeuse qui laisse une fistule. En même temps, il a une bronchite accompagnée d'hémoptysie. Il y a deux ans, nouvel abcès périnéal qui s'ouvre et laisse une fistule. Il y a trois semaines, nouvelle rechute; et il a, depuis ce moment, des difficultés à uriner et de la douleur.

On trouve un gros abcès périnéal allant de la face postérieure du scrotum à l'anus.

Fistules multiples. Une bougie très fine est arrêtée à la région bulbo-membraneuse.

24 Juin. — Incision périnéale. Immédiatement au-dessous de la peau, large nappe de fongosités tuberculeuses. A l'incision du tissu spongieux et du bulbe, qui est plus gros et très induré, on trouve des granulations tuberculeuses, des abcès caséeux du volume d'un petit pois.

La muqueuse uréthrale, ulcérée en quelques points, est relativement saine; immédiatement en arrière du rétrécissement, l'urèthre dilaté permet l'introduction du petit doigt dans la vessie.

On détruit à la curette et au fer rouge les fongosités et on abouche le bout postérieur de l'urèthre sectionné à la peau; il est, en effet, impossible de lui reconstituer un canal.

20 Juin 1893. — Il y a un an de l'opération. Il a engraisé de 10 kilogs et se porte bien. Le méat est à 4 centimètres de l'anus et n'a pas de tendance à se rétrécir; le jet est moins fort que chez les autres malades; urines claires; la sensation voluptueuse de l'éjaculation n'est pas changée. Il est célibataire et ne se plaint pas de la nouvelle situation de son

méat. Il se passe facilement de temps à autre une petite sonde de femme.

OBSERVATION. XIII. — P..., 18 ans, tuberculose pénienne ; entre le 5 octobre 1892.

Bronchite l'année dernière. En avril, augmentation du volume de la verge et écoulement, autour du prépuce et par le méat, de pus mélangé à de l'urine. Douleur à la miction. Nie tout chancre et tout rapport sexuel.

La tuméfaction augmenta ainsi que les douleurs et il se décida à venir à l'Hôtel-Dieu où on fit le diagnostic de tuberculose pénienne, vérifié du reste par inoculation positive faite à des cobayes.

On constate :

Tuméfaction de la verge depuis le scrotum jusqu'au méat. Le gland est découvert en avant ; il existe de la balanite ; le prépuce est épaissi, suintement purulent par le canal et au niveau de la rainure préputiale ; pénis en battant de cloche ; on a de la peine à découvrir complètement le gland, le malade étant anesthésié. On peut voir à gauche, près de la rainure, une ulcération grisâtre de la dimension d'une grosse tête d'épingle par où sortirait de l'urine pendant la miction. A son voisinage, cicatrice du volume d'un petit pois.

A partir du gland, jusqu'au scrotum, le pénis a doublé de volume, donnant la sensation d'un chancre induré sous-préputial ; sur le dos du pénis, sensation de fluctuation.

Une bougie n° 14 est serrée ; lorsqu'on la fait pénétrer dans le canal, elle bute en divers points comme si elle rencontrait des ulcérations.

Opération le 6 octobre 1892. Incision de l'abcès du dos de la verge ; issue d'une demi-cuillerée à café d'un pus séreux, grumeleux.

En prolongeant l'incision, on constate que les corps caverneux, l'urèthre, sont complètement entourés par une couche de fongosités mollasses. On abrase de petits foyers caséeux que l'examen histologique a bien démontré être de nature tuberculeuse. Le tissu spongieux périurétral n'est plus

qu'une masse fongueuse; le canal est représenté par une muqueuse tomenteuse, d'un rouge vineux très friable; elle se déchire à la plus légère traction des pinces.

Quand on essaie avec la curette d'abraser les masses fongueuses, la muqueuse est fatalement dilacérée. Ces lésions tuberculeuses, dont le point de départ paraît être des ulcérations de même nature, occupant l'urèthre antérieur, nécessitent le raclage et la destruction au fer rouge. Dans ces manœuvres, le canal ne peut être respecté et M. Poncet le sacrifie de parti pris, poursuivant cette tuberculose pénienne jusqu'à ses limites, c'est-à-dire jusqu'à la face postérieure du scrotum. Le gland et les corps caverneux sont indemnes.

L'étendue, la profondeur de cette tuberculose locale semblaient donc devoir nécessiter même l'amputation du pénis, mais en raison de l'âge du malade et des services que peut lui rendre un organe même écourté, M. Poncet lui fit l'*uréthrostomie*.

Deux mois après, le malade quittait le service, guéri de sa tuberculose et urinant à volonté par son nouveau méat.

1^{er} juin 1893. — Nous devons à l'obligeance du docteur Dumarest (de Voiron), des renseignements sur l'état actuel du malade; il a bien voulu aller le voir et voici ce qu'il me dit : « Ce jeune homme, dont l'état général est bon et vraiment florissant, a présenté depuis trois mois une ulcération tuberculeuse de la cuisse droite, qui est en voie de guérison.

« Quant au pénis la cicatrisation est maintenant absolument complète, l'urine est *tout entière* évacuée, facilement et avec un jet suffisant par le méat artificiel. Rien ne passe par le méat normal; le méat artificiel est une fente antéro-postérieure d'environ un centimètre; le travail cicatriciel a amené la peau de telle façon que le meat se trouve au niveau de la naissance de la peau du scrotum; le pénis est raccourci à sa face inférieure. Il est très satisfait de la façon dont fonctionne son nouveau méat.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

**Nouvelle indication de l'uréthrostomie périnéale, pour
perte de substance étendue de la muqueuse.**

OBSERVATION XIV. — Il s'agit d'un homme de 39 ans, célibataire, exerçant la profession de cultivateur dans un village voisin de Lyon.

Cet homme entrain à l'Hôtel-Dieu pour des troubles de la miction survenus dans les circonstances particulières que voici : six semaines auparavant, dans un accès de délire génital, dont il était peut-être coutumier, il avait essayé d'introduire dans son méat, puis de faire cheminer dans son canal, une corde proportionnellement trop volumineuse.

Le volume de la corde (desséchée, elle répond comme calibre au numéro 11 de la filière Charrière ; lors de son extraction, gonflée par les liquides : urine, sang qui l'imprégnaient, elle était notablement plus grosse), sa surface plus ou moins filamenteuse rendaient son introduction laborieuse, aussi notre homme dut-il mettre une certaine patience dans les manœuvres qui aboutirent, en fin de compte, à la pénétration d'une des extrémités de ce corps étranger dans la vessie ou peut-être seulement dans l'urèthre postérieur. Il semble, cependant, en tenant compte des dimensions de ce corps étranger, qu'il devait être intra-vésical sur une partie de sa longueur.

La corde mesure, en effet, trente-trois centimètres. Le nœud est situé à vingt centimètres de l'extrémité du bout antérieur, et à treize centimètres de l'extrémité du bout postérieur.

Si l'on tient compte, en outre, de ce fait, qu'il a fallu, avec des pinces à longs mors, pénétrer dans le méat par le canal, à une profondeur de trois à quatre centimètres pour saisir le bout de la corde qui n'était pas repliée sur elle-

même, on admettra que le nœud siégeait dans la vessie et que le premier obstacle à son extraction était le col vésical.

Quoi qu'il en soit de cette migration plus ou moins lointaine, lorsque le malade essaya ensuite, après une séance plus ou moins prolongée de masturbation uréthrale, de retirer le corps du délit, il ne put y parvenir.

Les tentatives auxquelles il se livra plus tard furent tout aussi infructueuses. Sur ces entrefaites, il demanda conseil à un médecin qui nous l'envoya ; mais, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, il ne put entrer à l'hôpital et retourna chez lui. Les accidents provoqués par la corde sont très bénins ; il souffrait peu et vidait assez bien sa vessie. Peu de jours après ce cathétérisme d'un nouveau genre, il eut encore la malencontreuse idée, après avoir tiré sur l'extrémité de la corde qui faisait saillie de plusieurs centimètres au dehors du méat, de la couper au niveau de cet orifice. Plus tard, l'extrémité sectionnée disparut complètement, soit par suite du retrait de la corde, soit par le fait d'une migration progressive, elle s'enfonça à trois ou quatre centimètres au moins dans le canal. Lorsque le malade sollicita son entrée à l'Hôtel-Dieu, le corps étranger était en place depuis six semaines. Dans ces derniers temps la tolérance n'avait pas été aussi parfaite que dans les premiers jours. On constatait, en effet, une tuméfaction énorme du pénis s'étendant jusqu'à la raune de la verge et tous les signes d'une pénitis phlegmoneuse avec menace de sphacèle au niveau de la raune du gland étranglé par un paraphimosis très serré. Par le méat tuméfié, enflammé, s'écoulait un liquide séreux, fétide, brunâtre, mélangé de sang et de pus. L'état général témoignait d'une infection grave. La peau était chaude, la température rectale dépassait 39°. Langue sèche, collante au doigt.

A la contre-visite du soir, mon aide de clinique, M. le docteur Chantre, examina le malade et fut mis au courant de la nature de ces accidents. Il introduisit alors entre les lèvres du méat une pince languette et put saisir à trois ou quatre centimètres de cette ouverture l'extrémité du corps étranger. Il dut exercer de violentes tractions pour l'amener au dehors. Il plaça ensuite à demeure une sonde molle.

Lorsque je vis l'opéré le lendemain matin, son état général et local étaient tels que je l'ai indiqué plus haut. On me présenta en même temps la corde (fig. 1) qui portait, à quelques centimètres de son extrémité profonde, un gros nœud d'aspect bizarre, ayant à première vue la forme d'une double boucle. Cette corde, gonflée par les liquides au milieu desquels elle avait séjourné pendant six semaines, était teinte de sang et de pus dans toute sa longueur. Le nœud était fortement serré, d'autant plus que, pour l'extraire, on avait dû exercer de vigoureuses tractions,

A en juger par son volume et par les accidents d'urétrite infectieuse qu'avait certainement provoqués ce corps étranger resté pendant plusieurs semaines dans le canal, on devait supposer une altération grave, étendue de la muqueuse, et du côté de la vessie, des accidents inflammatoires également de même nature. Le phlegmon de la verge, l'empâtement du périnée venaient encore confirmer ce diagnostic et donner naissance à certaines indications chirurgicales qu'il paraissait urgent de remplir.

Fallait-il, chez ce malade en pleine infection uréthro-vésicale, laisser une sonde à demeure et s'efforcer, par des lavages antiseptiques plus ou moins fréquents, de désinfecter des organes profondément atteints? Ce traitement, nous l'avons rejeté de parti pris; il n'avait pour but, en effet, que d'assurer momentanément la miction d'une manière plus ou moins satisfaisante. Non seulement il ne pouvait probablement pas enrayer les accidents infectieux déjà existants, mais il devait les accroître. L'urine plus ou moins pathogène pénétrerait entre la sonde et les tissus cruentés qui représentaient l'urètre, elle filtrerait dans les mailles largement ouvertes du tissu spongieux périurétral; elle provoquerait des abcès, de l'infiltration urineuse, en un mot des accidents septiques susceptibles d'aggraver l'état général du malade déjà profondément atteint. Il était permis, en outre, de supposer que la sonde à demeure serait mal tolérée; que, plongée dans des tissus enflammés et suppurés où son infection rapide était fatale, elle se comporterait à la manière du corps étranger enlevé et donnerait encore un coup de fouet aux accidents locaux déjà existants. Chez ce malade, il fallait encore redouter des complications urinaires plus

graves : cystite infectieuse, pyélonéphrite suppurée par le fait de la sonde à demeure. Enfin, en supposant que le malade résistât aux accidents septisémiques, on devait prévoir dans l'avenir, par suite de la destruction complète de la muqueuse uréthrale, un rétrécissement dont la gravité serait en rapport avec la destruction totale de l'urèthre.

Je pensai, pour toutes ces raisons, qu'il fallait, dans la région périnéale, pratiquer une uréthrotomie externe. Cette opération mettrait ainsi le malade à l'abri des accidents que pouvait provoquer le passage de l'urine dans toute la longueur de l'urèthre; d'autre part, par l'incision du canal, il serait possible d'apprécier, d'une façon exacte, l'étendue de ses désordres. Mon assistant, M. le docteur Jaboulay, incisa donc directement le périnée, immédiatement en arrière des bourses. Une bougie en gomme élastique, que l'on avait pu, du reste, conduire jusque dans la vessie, servant de conducteur, il fut assez facile, au milieu des caillots sanguins qui occupaient le tissu spongieux péri-urétral, de trouver l'urèthre ou plutôt ce qui restait de ce canal. En prolongeant l'incision, soit en haut, soit en bas, on reconnut que la muqueuse avait été comme décortiquée, arrachée en totalité; elle n'était plus représentée que par des débris filamenteux, et cela dans toute la longueur d'une incision allant de la face postérieure du scrotum au voisinage de l'anus. Cette altération profonde de la muqueuse uréthrale s'étendait certainement encore à toute la partie antérieure du canal jusqu'au méat. Elle avait été provoquée, d'une part, par la friabilité d'une muqueuse enflammée, ramollie, ulcérée sous l'action d'un corps étranger qui réalisait les meilleures conditions d'une infection destructive; d'autre part, par le passage d'un nœud volumineux, dont le calibre dépassait de beaucoup celui du canal et qui avait agi à la manière d'une véritable râpe.

En présence de ces désordres locaux, dont la gravité immédiate et dont la gravité tardive au point de vue fonctionnel ne laissaient aucun doute, je conseillai l'uréthrostomie périnéale, c'est-à-dire une section transversale de l'urèthre un peu au-dessus du bulbe et l'abouchement méthodique du bout postérieur mobilisé dans l'angle inférieur de la plaie. L'urèthre postérieur était notablement dilaté; on

put aisément, avec l'extrémité du petit doigt, pénétrer dans le col vésical entr'ouvert. Cette dilatation nous paraît s'expliquer par l'obstacle que créait à la miction le corps étranger devant opposer à l'évacuation de la vessie par suite du nœud qui s'était formé en un point sur la corde.

On eut soin de faire un grand lavage antiseptique de l'urèthre antérieur; le liquide poussé par le méat sortait facilement par le méat périnéal. On s'aperçut alors que le liquide s'échappait par deux ou trois perforations spontanées qui existaient un peu au-dessous et en arrière du gland. Le paraphimosis fut réduit non sans difficulté et sans quelques déchirures du prépuce enflammé. Le malade fut transporté à son lit où des lavages de l'urèthre antérieur et de la plaie périnéale devaient être pratiqués plusieurs fois dans les 24 heures. On avait compté sur la dilatation du col vésical et de l'urèthre postérieur pour un écoulement facile de l'urine, mais dès le lendemain matin, on constatait, les draps du lit étant souillés par l'urine, que le malade avait dû uriner seulement par regorgement et que sa vessie remontait à une certaine hauteur au-dessus du pubis. Une sonde de Pezzer fut alors conduite par le méat périnéal dans la vessie. Trois à quatre cents grammes d'urine s'écoulèrent à ce moment, urine ammoniacale renfermant une certaine quantité de pus et de sang.

Sous l'influence de lavages vésicaux et uréthraux pratiqués trois fois par jour, l'état local se modifiait assez rapidement; en même temps que l'état général devenait meilleur. Dès le cinquième jour, la température ne dépassait guère 38° et on pouvait considérer l'opéré comme étant en voie de guérison.

Cette destruction à peu près complète de toute la muqueuse uréthrale constituait au premier chef une indication de l'uréthrostomie périnéale que nous avions jusqu'à ce jour réservée à des malades porteurs de rétrécissement récidivant de l'urèthre, à des ruptures traumatiques de ce canal, etc. Les détails dans lesquels nous sommes entrés justifient amplement, il nous semble, cette intervention et nous désirons maintenant envisager à un autre point de vue l'histoire de notre opéré.

CONCLUSIONS

L'uréthrostomie périnéale a pour but la création méthodique, au périnée, d'un méat contre nature.

Nous donnons à cette opération le nom de notre Maître, nous l'appelons « *Opération de Poncet* », puisqu'elle a été imaginée et pratiquée pour la première fois par lui, le 12 mai 1891. Depuis lors, il s'est efforcé, par de nouvelles observations, de faire entrer dans la pratique l'uréthrostomie qui nous paraît appelée, dans des cas déterminés, à rendre de grands services.

Cette opération, qui sacrifie au point de vue fonctionnel une étendue plus ou moins grande du canal uréthral, diffère par cela même des opérations habituelles (uréthrotomies, uréthrectomies, etc.), qui ont pour but, au contraire, le rétablissement normal de la fonction en conservant à l'urèthre sa longueur.

Cette nouvelle opération, opération de nécessité, nous paraît devoir prendre place dans certains cas déterminés à côté de l'uréthrotomie, de l'uréthrec-

tomie, que l'on peut considérer comme des opérations essentiellement conservatrices.

L'uréthrostomie ne saurait être mise en parallèle avec ces dernières opérations dont les indications relatives sont généralement plus ou moins bien indiquées. Elle trouve précisément ses indications dans les contre-indications de ces méthodes opératoires employées jusqu'ici.

L'uréthrostomie trouve ses indications :

Dans les rétrécissements étendus, scléreux, multiples etc., de l'urèthre lorsque les conditions locales sont telles qu'une uréthrotomie par exemple expose fatalement à des récidives devant bientôt compromettre la fonction et mettre la vie des malades en danger : les vieux rétrécis qui ont déjà subi une ou plusieurs uréthrotomies ; ceux qui sont devenus des urinaires ascendants etc., nous semblent devoir fournir une part importante à l'uréthrostomie.

Toute perte de substance étendue du canal de l'urèthre : rupture traumatique, arrachement de la muqueuse, ulcérations tuberculeuses profondes, etc., qui expose sûrement à un rétrécissement ne pouvant être que momentanément conjuré par une uréthrotomie, peut exiger l'uréthrostomie.

Si l'on tient compte de ce fait, qu'un rétréci est toujours dans l'obligation de maintenir le calibre obtenu de l'urèthre par des cathétérismes répétés de temps à autre, on comprend que l'uréthrostomie périnéale trouve plus volontiers ses indications dans la clientèle hospitalière, alors que, pour une foule de raisons, les pauvres diables uréthrotomisés sont sou-

vent dans l'impossibilité de continuer le traitement consécutif par la dilatation qui a une si grande importance.

La technique opératoire est des plus simples. Les premiers temps sont ceux de l'uréthrotomie externe, et suivant le siège des parties rétrécies, on sectionnera le canal perpendiculairement à sa longueur, soit immédiatement en arrière d'elles, soit dans la continuité du rétrécissement ou même en avant de lui. On sera guidé dans le choix de cette incision uréthrale par la nécessité d'avoir un bout postérieur, dont la dissection, sur une étendue de 12 à 15 millimètres au moins, assure la création facile et définitive d'un méat contre nature.

Les résultats immédiats d'une pareille intervention, à en juger par nos quatorze opérés, qui ont guéri sans complications, nous permettent de ranger l'uréthrostomie parmi les opérations les plus bénignes.

Le résultat définitif n'est pas moins bon. A la condition de maintenir, par une dilatation facile et faite de temps à autre chez la plupart, les dimensions du nouveau méat, l'opération qui ne peut s'accompagner d'incontinence rend la miction facile, durable, etc., et de plus, comme nous en rapportons des observations, le cathétérisme très simple chez des prostatiques. Elle les met ainsi à l'abri des accidents d'empoisonnements urinaires si communs.

Cette opération transforme le sujet en un hypospade périnéal et le met dans la nécessité d'uriner à la manière d'une femme, dans certaines positions que l'homme ne prend pas volontiers.

Elle ne compromet ni les érections ni les sensations voluptueuses de l'éjaculation, ainsi qu'en témoignent les confidences faites par plusieurs uréthrostomisés, mais elle doit s'opposer à la fécondation normale, puisque l'émission spermatique a lieu derrière le rideau scrotal.

Vu : le Doyen,
LORTET.

Le Président de la Thèse,
PONCET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 1^{er} juillet 1893.

Le Recteur,
EM. CHARLES.

